

HERNIE DE MORGAGNI : A PROPOS DE DEUX CAS PEDIATRIQUES EN AFRIQUE SUB SAHARIENNE

BANDRE E *, OUEDRAOGO I*, KABORE R A F*, SANOU A*** APPEADU –MENSAH W**, HESSE A A J**, WANDAOGO A*

RESUME

La hernie de Morgagni ou hernie diaphragmatique congénitale antérieure est une entité peu décrite dans la littérature et est le plus souvent asymptomatique. Le but de cette étude est d'illustrer les difficultés diagnostiques et l'excellent pronostic après traitement chirurgical après abord trans abdominal sus ombilical de cette forme rare de hernie des coupoles diaphragmatiques. Nous rapportons deux cas simulant une pneumopathie chronique chez deux nourrissons de sexe féminin âgés respectivement de 8 mois et 3 mois. Les radiographies pulmonaires de face et de profil ont permis de poser le diagnostic par la mise en évidence d'une clarté gazeuse pré cardiaque. La laparotomie transversale sus ombilicale a permis la fermeture du défaut par suture avec du fil non résorbable chez une patiente et une obturation à l'aide d'une plaque de prolène chez la deuxième patiente. Les suites opératoires ont été simples.

Mots clés : hernie de Morgagni – congénitale - diagnostic – traitement.

SUMMARY

Morgagni hernias are uncommon diaphragmatic hernias that are generally asymptomatic, and so far only limited data have been reported. We report two cases of Morgagni repaired successfully via trans abdominal approach. The patients are female, 8 months and 3 months. The presenting symptom was recurrent chest infection. Chest roentgenograms were used as diagnostic utilities. A trans abdominal approach was used for all patients. The patients recovered uneventfully and there was no recurrence or symptoms regarding the operation in the remaining patients.

Key-words: Morgagni hernia – congenital – diagnostic – treatment

*Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou Burkina Faso

**Teaching Hospital KORLEBU paediatric surgery unit Accra République du GHANA

***Service de chirurgie générale et digestive CHUYO de Ouagadougou Burkina Faso

Tirés à part: Bandré Emile Service de chirurgie pédiatrique du CHUPCDG de Ouagadougou BP 1198 Ouagadougou 01 Email : brice52001@yahoo.fr

INTRODUCTION

La hernie diaphragmatique congénitale est l'issue des viscères abdominaux dans le thorax à travers un orifice diaphragmatique anormal par sa taille ou sa présence. La topographie du défaut diaphragmatique congénital permet de distinguer trois types de hernies: les plus fréquentes sont les hernies de Bochdaleck où le défaut est postéro latéral dont les manifestations cliniques sont bruyantes dès la naissance; les hernies antérieures ou hernies de Morgagni et les éversions diaphragmatiques. La hernie antérieure plus rare [1] se caractérise par sa latence clinique retardant ainsi son diagnostic qui n'est le plus souvent posé que fortuitement à l'âge adulte. Son pronostic après traitement chirurgical est bon [1, 3]. Nous rapportons deux cas de cette hernie rare qui ont été colligés chez deux nourrissons dans l'unité de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso) et dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Korle bu d' Accra (Ghana). Le but de cette étude est d'illustrer les difficultés diagnostiques et l'excellent pronostic après traitement chirurgical de cette forme rare de hernie des coupoles diaphragmatiques.

CAS CLINIQUE N°1

S.S. est un nourrisson Burkina bé de huit (08) mois de sexe féminin née à terme qui a été amené en consultation par ses parents le 24/02/2006 pour toux, dyspnée et fièvre évoluant depuis un mois. Aucun antécédent pathologique particulier n'a été noté à l'interrogatoire. A l'examen clinique, elle avait un état marasmique sans cyanose avec un poids de 5200grammes et une taille de 66 centimètres, un syndrome infectieux, un discret tirage inter costal et une rhinite purulente obstructive, une absence de voussure au niveau du thorax et un abdomen de volume normal. L'examen de l'appareil respiratoire avait noté un syndrome de condensation au niveau du champ pulmonaire gauche. La numération formule sanguine avait montrée une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (11500 globules blancs/mm³) et une anémie hypochrome microcytaire à 10,7g /dl. Le diagnostic de pneumopathie fut posé et une antibiothérapie par voie orale fut prescrite pendant une semaine sans succès. C'est alors qu'une radiographie pulmonaire fut demandée. Elle montrait sur le cliché de face, une clarté gazeuse en arceau occupant le médiastin et refoulant le poumon droit et le cœur (figure 1)

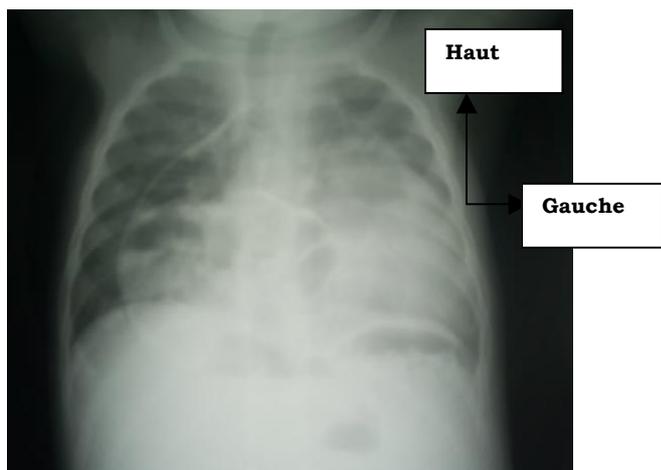


Figure 1 : radiographie pulmonaire de face

. Le cliché de profil montrait la même clarté gazeuse en arceau en position pré cardiaque avec un niveau hydro-aérique (figure2).

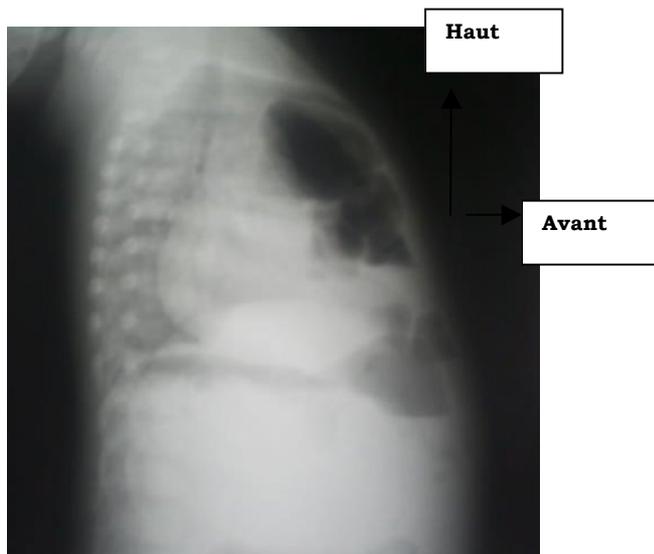


Figure 2 : radiographie pulmonaire de profil

Après avis spécialisé, le diagnostic de hernie de la coupole diaphragmatique gauche fut posé et la patiente transférée dans l'unité de chirurgie pédiatrique.

L'exploration chirurgicale sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale et monitoring cardiorespiratoire, par une laparotomie transversale sus ombilicale a permis de découvrir un défaut antéro médial ovalaire au niveau de la coupole diaphragmatique gauche par où la quasi-totalité du côlon transverse, une partie de l'estomac et des anses grêles étaient passés. Il n'y avait ni adhérence, ni lésion

viscérale, ni malformation associée. Après réduction des viscères herniés, le défaut fut fermé par une suture bord à bord après une excision légère des berges par des points séparés de Nylon 2/0. Les suites furent simples. Le contrôle clinique et radiologique après deux années est strictement normal.

CAS CLINIQUE N°2

A.A. est un nourrisson ghanéen de (03) mois de sexe féminin née à terme et sans antécédent pré per natal particulier qui a été référé de l'hôpital régional de Effia Nkwanta de Sékondi pour suspicion de hernie diaphragmatique droite ou d'éventration diaphragmatique droite le 19 /05/2008 dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Korle bu d'Accra . L'histoire de la maladie remonterait à deux semaines après la naissance par une dyspnée, une toux, une dépression épigastrique, un tirage intercostal traités comme une pneumopathie sans rémission complète des signes. A l'examen clinique, elle avait un assez bon état général avec un poids de 3700grammes, une température à 36°6 , un bon état d'hydratation, une fréquence respiratoire à 30 cycles par minutes, une SPO2 à 99%, un affaissement de l' héli thorax droit et une diminution du murmure vésiculaire du même côté. L'abdomen était de volume normal. La numération formule sanguine avait notée une anémie hypochrome microcytaire à 9.9g /dl. La radiographie pulmonaire avait montré sur le cliché de face une clarté gazeuse en arceau et un syndrome de masse dans l'hémi thorax droit avec un refoulement du médiastin vers la gauche et sur le cliché de profil la même clarté gazeuse en position pré cardiaque. Un transit oeso gastro duodéal réalise le 02/06/ 2008 évoqua l'hypothèse d'éventration complète de la coupole diaphragmatique droite non confirmée par l'échographie abdominale qui évoqua le diagnostic de hernie diaphragmatique antérieure. Le diagnostic de hernie diaphragmatique droit fut donc posé et la patiente fut opérée le 06/06/2008.

L'exploration chirurgicale sous anesthésie générale avec intubation oro trachéale et monitoring cardio-respiratoire, par une laparotomie transversale sus ombilicale a permis de découvrir un vaste défaut antérieur ovalaire (3,5cmx3,5cm) par où le lobe gauche du foie était passé (figure 3).

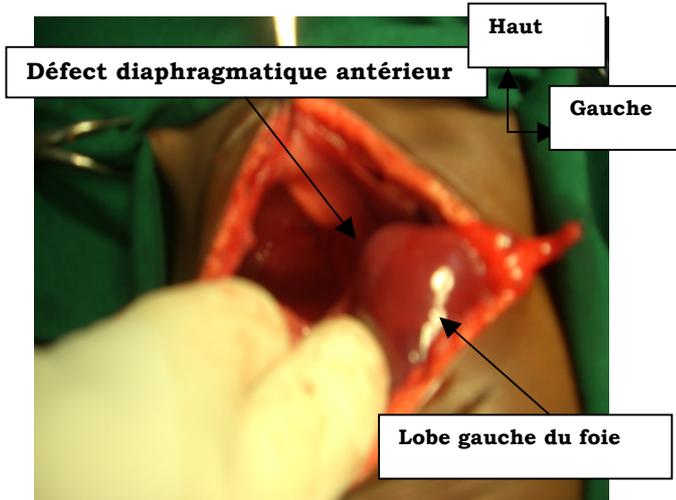


Figure 4 : image du défaut diaphragmatique en per opératoire

Il n'y avait ni adhérence, ni lésion viscérale, ni malformation associée. Après réduction du viscère hernié, le défaut diaphragmatique fut obturé par une plaque de prolène fixé par un surjet de prolène 2/0 avec excision partielle des berges. Les suites furent simples. Le contrôle clinique et radiologique post opératoire est strictement normal.

DISCUSSION

La hernie diaphragmatique congénitale est une malformation connue depuis le 17^{ème} siècle. Elle est relativement peu fréquente, son incidence varie entre 1/2000 et 1/5000 naissances en Occident. Le sex. ratio est de 2:3 en faveur du sexe féminin [1, 2,3, 4, 5] comme rapportée dans notre série. Son taux de mortalité est de 8% [1]. Cette mortalité est souvent liée à la sévérité des malformations associées incompatibles avec la vie. Près de 90% des hernies diaphragmatiques congénitales est représenté par la variété postéro latérale (hernie de Bochdaleck), les hernies antérieures ou hernies de Morgagni représenteraient seulement 3 à 5% des cas. Cette variété rare a été décrite pour la première fois par Geovani Morgagni en 1761 [6] et jusqu'à ce jour peu de cas ont été rapportés dans la littérature [3, 5, 7, 8].

La hernie antérieure résulte d'un défaut de fusion entre les portions fibro tendineuses sternales et costales du diaphragme lors de l'embryogenèse. Cet espace décrit par Larrey est habituellement comblé par du tissu adipeux et laisse passer l'artère et la veine épigastrique supérieure. En l'absence de comblement de cet espace des organes tels que le foie, le colon transverse, l'estomac, l'intestin grêle peuvent s'y glisser. Aucune substance n'a été formellement

incriminée dans la survenue de cette malformation. Certains médicaments dont la prise pendant la grossesse tels que le thalidomide, le nitrofen, la quinine, la phenmetrazyme seraient à l'origine des hernies diaphragmatiques chez les animaux [1]. Aucune notion de prise médicamenteuse n'a été retrouvée chez les mères de nos patientes durant la grossesse.

La symptomatologie de la hernie diaphragmatique antérieure chez l'enfant est habituellement non spécifique et variée, faites d'infections respiratoires à répétition et moins souvent de troubles digestifs [1,4, 5, 7, 9,10] faisant errer le diagnostic comme ce fut le cas de nos patientes chez qui le diagnostic de pneumopathie avait été posé et traité sans succès. Seule la persistance des signes respiratoires conduisit à la réalisation de radiographies thoraciques qui ont permis de poser le diagnostic de hernie diaphragmatique par la projection antérieure des images de clartés gazeuses sur la radiographie pulmonaire de profil. Cette pathologie peut également rester asymptomatique et être décelée fortuitement à l'âge adulte lors d'une radiographie pulmonaire. Le transit oeso gastro duodénal et l'échographie n'ont pas été d'un apport significatif dans le diagnostic topographique du défaut chez le deuxième patient. Par contre la tomodynamométrie thoraco abdominale et la scintigraphie non accessible du fait de leur coût élevé dans notre contexte de travail permettent de poser le diagnostic avec certitude [11]

Nous n'avons noté dans notre série aucun cas de malformation associée contrairement à la littérature qui en rapporte 34 à 50% ; la plus part étant des malformations cardiaques, des mal rotations intestinales et des anomalies chromosomiques telle que la trisomie 21 [1, 3, 12].

Le traitement est toujours chirurgical sauf dans les formes asymptomatiques où l'intervention chirurgicale fait encore l'objet de controverse [3, 13.]. Il en est de même pour la voie d'abord (trans abdominale ou trans thoracique) [3,4, 5, 14, 15,16] et de la chirurgie endoscopique dans l'approche thérapeutique de cette maladie [8,10] Le risque de l'expectative est l'étranglement et la perforation des viscères creux herniés. Notre attitude sur le plan thérapeutique n'a pas différé de celle de la plus part des auteurs [1,3, 4, 15] en optant pour le traitement chirurgical dans ces deux formes symptomatiques. Une laparotomie transversale sus ombilicale avait été réalisée suivie d'une exploration des organes de la cavité abdominale, d'une réduction progressive des organes herniés qui s'est déroulée sans aucune difficulté aussi

bien à gauche comme à droite. Chez la première patiente le défaut n'était pas important, une simple suture avec du fil non résorbable a suffi. Chez la seconde patiente le défaut était plus important empêchant toute possibilité de suture nous amenant à l'obturer par une plaque de prolyène. L'évolution post opératoire chez nos deux patientes a été favorable confirmant le bon pronostic de cette variété rare de hernie diaphragmatique comme rapportée dans la littérature [1, 3, 4, 7, 15]

CONCLUSION

La hernie de Morgagni est une variété rare de hernie. Elle est le plus souvent asymptomatique retardant ainsi son diagnostic qui n'est fait qu'au stade de complications chez l'enfant (bronchites à répétition). Un accent particulier doit être mis sur l'utilisation de la radiographie du thorax de profil à la recherche d'un croissant gazeux intra thoracique pr thoracique ainsi que du scanner au moindre doute afin de ne pas la méconnaître. La fermeture du défaut après abord trans abdominal sus ombilical permet d'obtenir d'excellents résultats.

REFERENCES

- 1- Amanda J. McCabe, Philip L. Glick; Diaphragmatic Hernias. Paediatric surgery secrets. Hanley & Belfus, Inc/Philadelphia 2001, p25
- 2- Zaleska-Dorobisz U, Baglaj M, Sokolowska B, Ladogorska J, Moron K. Late presenting diaphragmatic hernia: clinical and diagnostic aspects. Med Sci Monit 2007 13 (Suppl1): 137-146
- 3- Al-Salem AH. Congenital hernia of morgani in infants and children J Pediatr Surg 2007 42: 1539-1543
- 4- Yilmaz M, Isik B, Coban S, Sogutlu G, Ara C, Kirimloglu V, Yilmaz S, Kayaalp C. Transabdominal approach in the surgical management of Morgani hernia. Surg Today, 2007;37 (1):9-13. Epub2007 Jan1
- 5- Sirmali M, Türüt H, Gezer S, Findik G, Kaya S, Tastepe Y, Cetin G. Clinical and radiologic evaluation of foramen of Morgagni hernias and the transthoracic approach. World J Surg; 2005 Nov; 29(11):1520-4

- 6- Zani A, Cozzi D A. Giovanni Baptista Morgagni and his contribution to pediatric surgery. J pediatr Surg 2008 Apr; 43(4) 729-33
- 7- Sarihen H, Imamoglu M, Abes M, Soglu H. Paediatric Morgagni hernia: report of 2 cases. J cardiovasc Surg (Torino), 1996; 37(2) 195-197
- 8-Rakotoarisoa A, Ankdrison F, Rakotovao T. A propos d'un cas traité d'une hernie congénitale droite chez un nourrisson malgache. Médecine d'Afrique Noire 2001- 48(7)
- 9- Schmitt F, Becmeur F, Fischbach P. Les hernies diaphragmatiques à révélation tardive chez l'enfant . A propos de 13 observations. Ann.Pédiatr. (Paris)1995 42 n°3 176-184
- 10- Brouard J, Leroux P, Jokic M. Révélation tardives de la hernie diaphragmatique congénitale: difficultés du diagnostic. Arch.pédiatr.2000;7 Suppl.1:48-51
- 11- Minneci P C, Deans K J, Kim P, Mathisen D J.t . Foramen of Morgagni hernia: changes in diagnosis and treatment. Ann Thorac Surg.2004 Jun; 77(6):1956-9
- 12- Cigdem MK, Onen A, Okur H, Otcu S, Associated malformations in Morgagni hernia. Pediatr Surg int; 2007 Nov, 23(11): 1101-3 Epub 2007 Sep 8.
- 13- Frikha I, Kolsi M, Bouaziz M. Hernie diaphragmatique congénitale révélée par un étranglement intestinal chez un grand enfant. Magreb Medical-N° 330-Novembre 1998
- 14-Kilic D, Nadir A, Döner E, Kavuku S, Akal M, Ozdemir N, Akav H, Okten I. Transthoracic approach in surgical management of Morgagni hernia. Eur J Cardiothorac Surg, 2001 Nov, 20(5):1016-1019
- 15-Sönmez K, Karabulut R, Türkvilmaz Z, Demiroquullari B, Ozen O, Afsarlar C, Basaklar C, Kale N. Treatment of Morgagni hernias by transabdominal approach. West Indian Med J, 2006.Oct;55(5) 319-322
- 16- Ambrogi V, Forcella D, Gatti A, Vanni G, Mineo T C. Transthoracic repair of Morgagni's hernia : a 20-year experience from open to video-assisted approach. Surg Endosc 2007. Apr,21(4):587-591,Epub.2006 Dec 16